

ANNÉE 1914

THÈSE

N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

M. BLUMZWEIG

Né à Supca (département de Kalisch), le 16 juin 1890

440

LA TALALGIE

AU COURS DU DIABÈTE

Président : M. GILBERT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^e, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1914

440

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

ANNÉE 1914

THÈSE

N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

M. BLUMZWEIG

Né à Supca (département de Kalisch), le 16 juin 1890

LA TALALGIE

AU COURS DU DIABÈTE



Président : M. GILBERT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	RECLUS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIbIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en-tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A ROSE ET AUGUSTA

MES SŒURS BIEN-AIMÉES

A MON FRÈRE MAURICE

4. Mrs. PARRIS

1. Mrs. PARRIS

2. Mrs. PARRIS

3. Mrs. PARRIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de clinique médicale

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

A MONSIEUR MAURICE VILLARET,

Professeur agrégé

*Qui a bien voulu nous aider
de ses conseils toujours utiles,
toujours aimables.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

LA TALALGIE AU COURS DU DIABÈTE

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître, M. le professeur Gilbert un cas de talalgie chez un diabétique, frappé, par cette coïncidence singulière, qui ne nous paraissait pas cependant fortuite ; intrigué par l'absence dans les antécédents du malade de cause habituelle de cet accident, à savoir de la blennorrhagie, nous avons accepté avec joie la proposition de M. le professeur Gilbert, d'étudier ce cas, de chercher les rapports qui peuvent exister entre la talalgie et la grande maladie de la nutrition, pour en faire le sujet de notre modeste thèse.

Comme M. le professeur Gilbert nous le faisait pressentir nous n'avons pu trouver dans la littérature médicale aucun cas analogue.

Une seule observation, si suggestive soit-elle, est toujours insuffisante pour permettre de tirer des conclusions générales.

Elle ne peut servir que de document.

C'est pourquoi en signalant notre observation, en la faisant suivre d'une discussion, nous nous sommes gardé de conclusions trop absolues.

Nous touchons à la fin de nos études. Qu'il nous soit permis d'exprimer à notre maître, M. le professeur Gilbert, toute notre gratitude pour son enseignement clinique positif et varié, dont nous avons tiré le plus grand profit. Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a fait le grand honneur d'accepter sa présidence.

C'est avec un sentiment ému de respectueuse reconnaissance, que nous lui apportons ici nos remerciements.

IIISTORIQUE

La talalgie est connue depuis Swédiaur, qui l'a signalée dans le cours de la blennorragie.

A. Desprès l'a dénommée « névralgie du talon » ou « maladie des sergents de ville ».

A. Fournier insiste sur le rôle étiologique de la blennorragie.

Blum crée le mot de talalgie. Duplay remplace le mot de talalgie par celui de pternalgie et l'attribue à une bursite sous-calcanéenne d'étiologies diverses.

Brousse et Berthier montrent la névrite interstitielle localisée dans la paroi de la bourse séreuse sous-calcanéenne. Pour eux, la talalgie renferme une foule d'affections mal classées, différentes par leur nature étiologique aussi bien qu'anatomique.

Enfin, M. Jacquet montre l'influence presque exclusive de la blennorragie, son mode d'action et l'hyperostose calcanéenne.

Ces dernières années, Rowler et Bracker à l'étranger le professeur Reclus et A. Schwarz en France, insistent sur la fréquence des exostoses.

ÉTIOLOGIE

La plupart des auteurs sont unanimes pour attribuer à la blennorrhagie la part prépondérante et souvent exclusive dans l'étiologie de la talalgie.

Cependant il y a eu des cas incontestables où cette étiologie faisant défaut, le rôle des autres maladies s'imposait d'une façon très nette.

Trois maladies étaient invoquées dans ces cas : la syphilis, le rhumatisme, et la goutte.

Je rappellerai, en ce qui concerne la syphilis, deux observations particulièrement démonstratives : celle de M. le professeur Reclus et A. Schwarz et celle de Covpa publiée dans la *Revue clinique de Madrid*, (1911, p. 247-251). Pour ce qui a trait au rhumatisme et à la goutte, je crois utile de citer le passage suivant dû à M. le professeur Reclus :

« Nous ne saurions rien dire pour le rhumatisme, il a bon dos, et on lui prête des manifestations de formes si multiples qu'on peut bien en ajouter une nouvelle. Quant à la goutte, nous devons dire, que la seule femme chez qui nous avons observé une

exostose douloureuse, ne fut prise qu'à soixante ans de crises névralgiques, et elle était goutteuse. »

Nous n'avons trouvé incriminé le diabète dans aucune observation de notre connaissance. Cependant différents troubles de démarche au cours du diabète étaient signalés par différents auteurs.

PATHOGÉNIE

La nature intime de la talalgie a appelé l'attention de maîtres éminents.

Desprès (1), qui l'appelait névralgie du talon, s'exprimait ainsi à son égard, en 1872 :

« En examinant bien le caractère de la douleur, une douleur que les malades comparent à la sensation causée par la compression de la chaussure sur les orteils et à une sensation de chaleur et même de brûlure, on arrive à conclure que la douleur est la douleur propre à la contusion par compression, dont Velpeau a donné la description, dans sa thèse de concours, sur la *Contusion*.

Étant admis ce point et en considérant que le mal existe chez des malades, qui restent debout des heures entières, on peut établir que la maladie est une contusion profonde par pression intermittente.

Mais il s'agirait de préciser le point où la contusion exerce ses effets : est-ce sur la peau ?

Non, certes, car on sait que les pressions intermit-

1. Desprès, la *Chirurgie journalière*.

tentes sur les pieds produisent, au niveau des articulations, sur la face dorsale des orteils, des cors et sur leur face plantaire, des durillons et même des maux perforants.

La contusion du talon, portant ses effets sur la peau, devrait y déterminer la production d'un durillon et plus tard d'un mal perforant. Est-ce le périoste qui supporte la compression? Non, car il en résulterait une périostite qui envahirait le pourtour de l'os et se traduirait à l'extérieur par du gonflement.

Les fibres tendineuses des courts fléchisseurs des orteils, confondues avec le périoste, ne paraissent pas davantage être le siège de la contusion. Mais il y a, entre le derme et la peau du talon et l'os, un tissu fibreux aréolaire qui emprisonne des lobules de graisse très dense.

Le tissu cellulo-grasieux est relativement plus vasculaire que le tissu adipeux des autres régions et il est baigné d'un liquide peu abondant, voisin du liquide des bourses séreuses et qui mouille les doigts pendant la dissection. Ce tissu a une vie spéciale qui tient à sa fonction. C'est sur cette partie que porte la contusion. La compression y cause sans doute une modification que l'on ne peut pas encore étudier puisque jusqu'ici on n'a pas eu d'autopsie.

Je pense qu'il y a une lésion de nutrition du tissu adipeux cellulo-grasieux sous-cutané. »

Donc, pour Desprès, la talalgie n'est autre chose qu'une contusion chronique du talon. •

Duplay (1) considère cette explication comme insuffisante « jusque dans ces derniers temps, dit-il, on n'avait pas encore songé à une particularité anatomique appartenant à la région et qui peut rendre parfaitement compte de la nature du mal. »

On sait, en effet, depuis les recherches anatomiques de Lenoir, qu'il existe une bourse séreuse entre le périoste du calcaneum et le coussinet graisseux du talon.

Cette bourse, qui siège précisément au-dessous des tubérosités que l'on observe en arrière de la face plantaire du calcaneum et surtout au niveau de la tubérosité interne la plus saillante, a pour but de permettre un certain degré de glissement de la peau et du tissu graisseux sur l'os sous-jacent. Or, comme toute bourse séreuse, celle-ci peut devenir malade sous diverses influences.

La seule variété de bursite sous-calcanéenne, sur laquelle l'attention ait été attirée est celle qui survient parfois dans le cours de la blennorragie et dont je me souviens avoir observé un bel exemple. Mais, à part cette forme bien nettement accusée, ne peut-on pas admettre, qu'il existe d'autres lésions inflammatoires de la bourse sous-calcanéenne et en particulier des lésions inflammatoires chroniques se produisant sous l'influence de causes variées générales ou locales ?

Pour ces dernières, on peut invoquer l'action de la

1. Duplay, *Presse médicale*, 1896.

marche, de la station prolongée, plus particulièrement dans l'exercice de certaines professions. Il en résulterait, par suite de la compression et du froissement de la bourse sous-calcanéenne, une sorte d'hygroma chronique, donnant lieu à la douleur.

Ainsi l'affection se trouve localisée dans la bourse séreuse sous-calcanéenne ou bourse de Lenoir et la talalgie ou pteralgie doit-être considérée comme une bursiste sous-calcanéenne.

Deux observations apparues vers cette époque paraissaient donner une démonstration partielle de cette conception et Duplay ajoute :

« Dans un premier cas, Brousse, opérant un malade, atteint de talalgie, trouva une bourse sous-calcanéenne épaissie et renfermant dans son intérieur un corps fusiforme, dont l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un névrome fasciculé. Quoiqu'il en soit, grâce à l'extirpation de la bourse séreuse, le malade guérit de sa douleur.

Dans un autre cas, Brousse et Berthier, au cours d'une opération entreprise dans les mêmes conditions, trouvèrent la bourse sous-calcanéenne du volume d'une noisette distendue par un liquide filant.

Dans l'épaisseur de la paroi de cette bourse, il existait, cette fois encore, une petite nodosité de la grosseur d'un petit poids et d'une dureté ligneuse.

Comme dans le cas précédent, l'extirpation de la bourse fut suivie de guérison.

L'examen anatomique et histologique de la pièce fit reconnaître dans cette paroi une artériole, dont

les tuniques étaient normales et un filet nerveux atteint de névrite interstitielle. Or, la présence de ce vaisseau, comme celle de ce filet nerveux altéré, constituaient une véritable anomalie. Normalement, cette bourse séreuse ne présente rien d'analogue.

Si nous laissons de côté certains points obscurs de ces deux observations, tel que ce prétendu névrome fasciculé, cette anomalie dans la distribution d'une branche du nerf plantaire, situé dans l'épaisseur même de la bourse sous-calcanéenne, il faut insister sur les détails relatifs aux lésions de cette bourse dont les parois étaient notablement épaissies, indurées et dont la cavité renfermait un liquide filant et un corps riniforme.

Je considère la présence de ce corps ainsi que l'épaississement des parois de la bourse, comme une démonstration à l'appui de ce que j'ai dit précédemment sur le siège et la nature de la maladie, connue jusqu'à ce jour sous le nom de talalgie et qui doit être à l'avenir suivant moi considérée comme une bursite sous-calcanéenne chronique. »

Enfin nous avons la théorie *nerveuse*, émise par M. Jacquet et soutenue par son élève Voisin dans sa thèse. Il est possible, dit ce dernier, que l'hygroma existe, mais dans treize cas de talalgie observés par Jacquet et dans les observations que nous rapportons, il n'en a pas été rencontré. De plus, la douleur *n'est jamais exactement localisée au niveau de la bourse séreuse*. Par contre, cette douleur, ainsi que le veut M. Jacquet, diffuse le long du tendon et des

aponévroses plantaires, elle est ostéo-fibreuse et fibreuse.

M. Jacquet s'exprime à ce sujet non moins nettement : « En effet, dit-il, tendons et aponévroses riches en nerfs, de sensibilité pathologique exquise, jouent dans la douleur rhumatismale un rôle prédominant, bien que méconnu au profit des synoviales.

Cerôle, je l'ai invoqué pour expliquer, dans le blennorhumatisme la douleur du coccyx, la douleur du fibro-cartillage nasal, celle des apophyses épineuses. Depuis, j'ai trouvé maintes fois ces localisations douloureuses, qu'aucune inflammation synoviale ne saurait expliquer et je n'hésite plus à considérer *la talalgie non déformante comme le premier degré de la talalgie hyperostosante* et dependant, comme elle, d'une même cause : le rhumatisme ostéo-fibreux, avec un travail d'ossification *encore* inappréciable. »

Et M. Jacquet est amené à expliquer ce processus ostéogénétique, par une névrite de nature centrale ou périphérique.

OBSERVATION

M. Jean X..., âgé de quarante-six ans, exerçant la profession de garçon de magasin, vient le 15 mai à la consultation de l'Hôtel-Dieu, car il souffrait du pied.

Là on lui découvre du sucre dans les urines, fait qu'il ignorait d'ailleurs complètement. On lui propose alors de quitter ses occupations.

Il suit ce conseil, et le 16 mai 1914 il entre dans le service de M. le professeur Gilbert, où il reste à la salle Saint-Christophe, dans le lit n° 25.

Antécédents héréditaires. — Son père, de santé robuste, serait mort de vieillesse à l'âge de quatre-vingt-dix ans, et selon l'expression du malade, il se serait éteint comme une bougie.

Sa mère, actuellement vivante et bien portante, a eu en deux couches cinq enfants, tous bien portants.

Antécédents personnels. — Élevé à la campagne, il n'a jamais eu de maladie de jeunesse, et arrivé à l'âge de vingt ans, il est accepté pour son service militaire.

Mais il ne reste que deux mois sous les drapeaux, son frère jumeau seul faisant trois ans de service. A trente ans, il se marie avec une femme de santé robuste et qui vit encore.

Il a une fille de dix-neuf ans.

Le malade avoue avoir abusé pendant sa jeunesse (entre vingt et trente ans) de boissons alcooliques et avoir présenté à cette époque des cauchemars caractéristiques, des crampes dans les mollets et autres signes d'éthylisme.

Depuis, le malade ayant cessé ses excès de boisson, les symptômes se sont atténués et finalement disparus.

A l'âge de quarante-trois ans, le malade est frappé d'une affection pulmonaire caractérisée par une hémoptysie, qui durait six jours, et accompagnée de fièvre et d'une céphalée intense.

Ce serait le côté droit, qui aurait été atteint. Pendant deux mois, le malade resta alité, expectorant des crachats sans caractère particulier. Un an après l'épisode pulmonaire relaté apparaissent des symptômes assez nets du diabète.

Le premier symptôme en date qui a frappé, la malade

c'est la pollakiurie nocturne. Il se lève en moyenne trois fois pour uriner. On relève également l'apparition à cette époque de polyphagie et de polydipsie.

Le malade donne à cet égard un précieux commémoratif : Il attendait l'heure des repas avec impatience, remarquée même par l'entourage, et il s'emportait pour le moindre retard.

Vers la même époque, ses dents tombent une à une sans douleur, le malade les cueille.

Le malade a maigri cette année près de 10 kilos.

Il constate sans s'inquiéter d'ailleurs, que son urine laisse des taches sur son linge.

Il n'a pas de prurit. On ne constate pas de dermatoses. Les organes des sens restent intacts.

L'appareil digestif fonctionne normalement.

État actuel. — Le malade a le facies d'un homme bien portant et il a conservé même un certain degré d'obésité.

Étendu sur le lit, il n'offre aucune déformation rachitique et semble être bien proportionné.

Du côté de l'appareil digestif on ne note rien de particulier.

La langue est un peu saburrale.

De nombreuses dents sont absentes.

L'haleine est d'odeur fade, mais ne rappelle pas l'odeur de la pomme mûre. Pas de diarrhée, ni de constipation.

La limite supérieure du foie est dans le sixième espace intercostal. A la palpation de l'abdomen, l'épaisseur des parois rend impossible la délimitation du bord inférieur de cet organe.

La rate n'est perceptible ni à la percussion, ni à la palpation.

L'appareil circulatoire. — A l'auscultation du cœur, on constate le deuxième bruit un peu claqué ; pas de souffle.

Pouls régulier, bien frappé, bat à 72 par minute. La pression, prise avec l'oscillomètre de Pachon, donne les résultats suivants :

Maxima..... 16

Minima..... 9

En examinant les poumons, on trouve une submatité de la fosse sus-épineuse droite. Au même niveau, on constate une respiration un peu rude, un certain degré de bronchophonie, à peine quelques légers craquements surtout nets à l'occasion de toux provoquée.

En somme. — Signes qui font plutôt penser à un reliquat d'une ancienne affection, qu'à un processus en activité.

L'examen du sommet gauche ne relève rien de suspect.

Le système nerveux paraît touché d'une façon très marquée.

Le réflexe rotulien est aboli du côté gauche, à peine perceptible du côté droit.

Le réflexe achilléen aboli des deux côtés.

Le réflexe crémastérien très affaibli.

Cependant, pas de signe d'Argyll-Robertson.

Les pupilles réagissent normalement.

Pas de Babinski.

L'examen électrique, pratiqué dans le laboratoire du professeur Gilbert par le Dr Gérard, a donné les résultats suivants :

Pas de réaction de dégénérescence

	Cuisse et jambe droite	Cuisse et jambe gauche
Courant faradique..	Contraction normale	K. Fe. S. 7 An. Fe. S
Courant galvanique.	»	»
	secousse	brusque

Comme troubles de sensibilité on note une *plaque d'anesthésie complète* (au tact, à la chaleur, à la piqure) occupant la partie externe de la plante et du dos du pied droit et s'arrêtant en haut au niveau de la réunion du quart inférieur, avec les trois quarts supérieurs de la jambe.

Le malade n'a jamais eu de syphilis. *La réaction de Wassermann est négative.*

En examinant l'appareil génito-urinaire, on constate que le malade est atteint d'hypospadias pénoscrotal.

La verge est petite et incurvée en bas. Le malade prétend n'éprouver aucune gêne à cause de sa malformation et paraît cependant ému par cette partie de l'interrogatoire.

Urines de couleur, d'odeur normales, dépassent à peine un demi litre par vingt-quatre heures.

Pas d'albumine, mais on trouve du sucre, dont le taux d'élimination est nettement influencé par l'ingestion des repas.

Voici, d'ailleurs, les résultats de l'analyse fractionnée de l'urine de vingt-quatre heures.

Analyse du 20 mai

Quantité d'urine émise à la miction	La teneur absolue en sucre	Quantité du sucre corresp. à 1 litre
220 cmc.	2 gr. 748	12 gr. 493
270 —	1 gr. 839	6 gr. 814
340 —	12 gr. 133	35 gr. 657
330 —	8 gr. 995	27 gr. 258
230 —	0 gr. 644	4 gr. 533
220 —	0 gr. 151	0 gr. 681
	26 gr. 516 par 24 h.	16 gr. 4 par litre

Le jet d'urine est normal ; pas de filaments ; le malade déclare n'avoir jamais eu la blennorragie, ni le moindre échauffement.

Examen local. — A l'inspection des membres inférieurs, on ne constate aucune asymétrie.

On note sur la partie moyenne du dos du pied droit (pied malade) une tache rouge brun de 6 centimètres de diamètre, qui représente la cicatrice d'un vésicatoire, que le malade dit avoir conservé pendant quinze heures. Remarquons, en passant, que la trace du vésicatoire est située au niveau de la plaque d'anesthésie que présente le malade.

Celui-ci accuse une douleur aussitôt qu'il pose le talon sur le sol. La douleur s'accroît par la marche. Elle est exagérée par la pression de la face *externe* et inférieure du calcaneum. On ne trouve pas d'empatement de la région sous-calcaneenne.

Cette douleur profonde contraste avec l'anesthésie complète (au tact, à la chaleur et à la piqure), dans une région superposée et dépassant l'endroit douloureux. La peau au niveau de toute la région anesthésiée présente une sudation exagérée, nettement appréciable au toucher et manifestement augmentée par rapport au pied gauche.

Pas de réaction inflammatoire. La voûte plantaire n'est ni affaissée, ni exagérée.

Les radiographies des deux pieds, exécutées par M. le D^r Gérard et examinées par M. le professeur Gilbert et M. le D^r Guilleminot ne montre ni exostoses ni modifications appréciables du tissu osseux.

DISCUSSION

L'observation que nous venons de relater nous paraît intéressante à plusieurs égards.

Mais tout d'abord notre malade a-t-il une véritable talalgie ? Ne s'agit-il pas plutôt d'un de ces troubles variés de démarche, qui ont été signalés dans le diabète par différents auteurs ?

Déjà, Trousseau note la démarche chancelante chez un diabétique de ses malades.

Durand-Fardel cite une observation d'un malade âgé de trente-cinq ans, qui, dès le début d'un diabète intense et rapide, marchait d'une façon incertaine et chancelante, comme un homme ivre. Cette même démarche est mentionnée dans quelques autres observations.

Une malade de MM. Lecorché et Talamon se plaint d'éprouver au niveau des pieds, surtout du pied droit, un sentiment de compression : ses pieds sont serrés comme dans un étau ; parfois elle ne sent plus ses pieds.

Frémont (de Vichy) dit avoir observé des dia-

bétiques chez lesquels, l'anesthésie plantaire peut-être assez marquée, pour que l'occlusion des yeux rende la station verticale impossible.

Or, notre malade accuse une douleur, survenant à l'occasion de la station verticale, exagérée par la pression. Il est donc atteint de talalgie.

Nous avons dit, que nous ne pouvions relever dans les antécédents de notre malade aucune cause étiologique, invoquée jusqu'à présent pour expliquer la talalgie.

S'il est vrai que, de par son métier, le malade (garçon de magasin) est exposé à une station prolongée debout, nous ne pouvons, d'accord avec la majorité des auteurs modernes, envisager la profession, que, comme une cause favorisante, cause occasionnelle, ne donnant aucunement la clef du problème.

Notre malade n'avait jamais présenté la blennorragie.

Quoique rien dans la conduite de notre malade ne permette de soupçonner sa bonne foi, nous avons tenu à vérifier ses assertions.

Par pression de l'urètre, nous n'avons pu faire sourdre la moindre goutte.

Le malade urine sans difficulté et le jet est absolument normal.

Et enfin, par l'interrogatoire, nous avons appris que la femme de notre malade ne présentait et ne présente pas de pertes blanches. Et on connaît l'exquise sensibilité de la muqueuse du col utérin envers les gonococcies du conjoint.

Donc, à cet égard, nous pouvons être affirmatif et éliminer la blennorragie de causes étiologiques de la talalgie, que présente notre malade.

D'autre part, il ne se rappelle pas avoir subi de traumatisme local et rappelons enfin, que sa voûte plantaire est accusée normalement sans présenter ni d'affaissement, ni d'exagération.

Or, un an après l'apparition des premiers symptômes du diabète, le malade constate chez lui l'évolution progressive de la douleur caractéristique du talon.

On est frappé par cette évolution simultanée de la talalgie et du diabète.

On examine le malade et on constate l'abolition presque complète des réflexes des membres inférieurs, ce qui semble démontrer une atteinte assez marquée de son système nerveux périphérique.

Enfin, fait curieux, la région du tégument qui correspond et qui dépasse le siège de talalgie est frappée d'une anesthésie complète avec troubles trophiques (sudation exagérée, troubles vaso-moteurs).

Cette évolution parallèle, cette coïncidence sur un seul et même pied de troubles tropho-sensoriels des téguments, avec une lésion sous-jacente profonde de nature ostéogénétique probable, jointe à la disparition des réflexes, nous entraîne logiquement vers l'idée de leur origine commune. Je veux dire à l'origine nerveuse périphérique.

La théorie nerveuse fut, comme on le sait brillamment défendue par M. Jacquet, qui a apporté à

l'appui de sa manière de voir toute une série d'observations.

Certes, nous constatons avec regret que quelques éléments nous manquent pour faire la démonstration irréfutable de notre assertion. L'examen électrologique n'est pas suffisamment démonstratif. La mauvaise volonté du malade ne nous a pas permis de pratiquer une ponction lombaire qui pourrait donner peut-être des renseignements utiles (Pissavy et Stevens). La plaque d'anesthésie ne présente pas un caractère assez régulier pour qu'on puisse incriminer avec précision tel ou tel nerf. Mais ce fait doit-il nous surprendre ? Depuis les travaux de Dreyfous, Vergely et Pitres, tous les auteurs qui se sont successivement occupés des névrites diabétiques ont insisté sur la distribution en apparence capricieuse des troubles de la sensibilité, sur le caractère essentiellement protéiforme (Dreyfous) des troubles nerveux d'origine diabétique.

Il y a une particularité dans notre observation, qui mérite d'être relevée. C'est que le malade est venu à la consultation « pour son pied » et que là seulement on lui a découvert du sucre dans les urines.

D'après l'histoire de sa maladie, il devait être diabétique depuis presque deux ans : il ignorait totalement sa maladie et c'est seulement à l'occasion de sa talalgie qu'il est venu consulter et qu'on a découvert le diabète.

Nous ne pouvons pas nous abstenir d'exprimer

une idée qui nous venait à l'esprit maintes fois, en examinant notre malade, et qui nous paraissait même s'imposer d'une certaine façon. C'est le rapprochement de cette talalgie des autres troubles trophiques fréquents dans le diabète (le mal perforant, chute des ongles, gingivite expulsive). On trouve plus d'un élément d'analogie entre la talalgie de notre malade et l'évolution de ces différents troubles. Mais si tentante que nous paraisse cette idée, nous nous abstenons de la discuter. Car la discuter, ce serait admettre d'une façon définitive le rapport de cause à effet entre un certain nombre des talalgies et le diabète.

Or, une seule observation n'est pas suffisante pour nous autoriser à formuler une pareille conclusion.



Pied droit (malade).



Pied gauche.

CONCLUSIONS

I. — Le malade, qui fait le sujet de notre observation, est atteint d'une talalgie survenue au cours du diabète.

II. — On ne relève dans les antécédents de ce malade ni blennorragie ni traumatisme, ni aucune des causes de talalgie, invoquées jusqu'à présent.

III — L'apparition de la talalgie au cours de l'évolution du diabète, la coïncidence de cette talalgie avec toute une série de phénomènes nerveux : abolition de réflexes, anesthésie et troubles trophiques des téguments sus-jacents, nous la fait rattacher aux autres troubles neuro-trophiques d'origine diabétique, présentés par notre malade. Elle semble pouvoir être rapprochée des autres troubles diabétiques du même ordre actuellement connus.

IV. — N'ayant pu trouver dans la littérature médicale aucun cas de talalgie, relevant du diabète, nous ne nous croyons pas autorisé à formuler des conclusions définitives.

V. — Il nous paraissait intéressant de signaler ce cas, et nous serions heureux, si la publication de notre modeste travail faisait surgir de nouvelles observations, capables d'éclairer davantage le rôle du diabète dans certains cas de talalgie.

Vu : le Président de la thèse,

GILBERT

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Auché.* — Névrites périphériques chez les diabétiques (Archives de Médecine expérimentale, 1890, p. 635).
- Brousse et Berthier.* — Notes histologiques et cliniques pour servir à l'histoire de la Talalgie.
- Brouardel et Gilbert.* — Traité de Médecine, vol. XII, éd. 1907.
- Coopa.* — Un Caso de talalgia de origen sifilitico (Rev. clin. de Madrid, 1911).
- Desprès.* — La Chirurgie journalière.
- Dreufouss.* — Pathogénie et accidents nerveux du diabète sucré. Thèse d'agrégation de 1883.
- Egret.* — Contribution à l'étude de la talalgie. Thèse de Paris, 1899.
- Frémont* (de Vichy). — Thérapeutique physiologique du diabète. Paris, 1891.
- Labernadie* (Maxime). — Les Exostoses sous-calcanéennes et la talalgie. Thèse de Paris, 1909-1910.
- Lecorché.* — Traité du diabète, 1877.
— Études médicales, 1881.
- Le Dentu et Delbet.* — Traité de Chirurgie, t. XXXIII.
- Fernet* (P.). — Les Manifestations articulaires et para-articulaires de la blennorragie (Progrès Médical, 1908).
- Ingerlans.* — Névralgies et névrites diabétiques (Gazette des Hôpitaux, 1906, p. 303).

Reclus et Schwartz. — Les Exostoses du calcanéum (Revue de Chirurgie, 1900, p. 1053).

Naunyn. — Traité du diabète.

Mailland. — Les Exostoses tuberculeuses (Revue de Chirurgie, 1902, p. 704).

Vergely. — Les Accidents nerveux du diabète (Archives cliniques de Bordeaux, 1898).

Debove, Achard et Castaigne. — Traité de Médecine.

Marchal de Calvi. — Recherches sur les accidents du diabète, 1886.

Voisin. — La Talalgie blennorrhagique. Thèse de Paris, 1898-1899.

